



การรักษาแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเท้าเบาหวาน โดยใช้ไฟเอกแบบสัมผัสทุกสัปดาห์

วรพล อร่ามรัศมีกุล

สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

ผลวิจัยที่ให้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน การลดแรงกดที่บริเวณฝ่าเท้าเป็นวิธีที่จะรักษาผลที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อมที่ตี โดยเฉพาะวิธีการลดแรงกดทับด้วยการใช้เฝือกแบบสัมผัสทุกสัปดาห์ส่วนที่นำมารักษาผลกลุ่มนี้ได้ดี ซึ่งใช้ระยะเวลาไม่นานและมีประสิทธิภาพสูง แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายเนื่องจากพบว่าย่างขาดความรู้และความชำนาญในการทำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมักจะกังวลใจ ไม่มั่นใจ กลัวแผลติดเชื้อ กลัวภาพลักษณ์ที่ตนเองต้องใส่เฝือก ดังนั้น บทความวิชาการนี้ได้รวบรวมข้อมูลและผลงานวิจัย รวมทั้งประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลวิจัยที่เท้าและได้รับการรักษาด้วยวิธีใช้เฝือกแบบสัมผัสทุกสัปดาห์ เพื่อให้ผู้อ่านได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เต้าเหาหวาน ผีอกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน ลดแรงกดทับ

ผู้พิมพ์หลัก

วรพล อร่ามรัศมีกุล

สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาออร์โธปิดิกส์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

E-mail: pon31@hotmail.com





อย่างรวดเร็วหลังจากใส่เฝือกภายใน 2-3 วัน ซึ่งจะทำให้เกิดแรงเสียดสีเนื่องจากเฝือกหลวมและเฝือกเคลื่อนไปมาเสียดสีกับผิวหนังเป็นต้นเหตุของการทำให้เกิดแผลเพิ่มเติมและแผล

เดิมจะหายช้ากว่าปกติ ดังนั้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรต้องมีการปรับเปลี่ยนเผื่อทุก 3-7 วันจนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยยุบบวมคงที่แล้ว

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้เผือกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน¹⁰

ข้อบ่งชี้ในการใช้เฟือกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน

1. Meggitt-Wagner wound grade 1 or 2 (M-W wound) plantar ulcers in the presence of insensitivity
2. Acute or subacute neuropathic (Charcot) osteoarthropathy

ข้อห้ามในการใช้เพื่อออกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน

Absolute

1. Active or acute deep infection, gangrene (M-W wound grade 3-5)

Relative

1. Ulcer depth greater than ulcer width
2. Fragile skin
3. Excessive leg or foot swelling
4. Patient unwilling to have cast on limb
5. Patient unable to comply with follow up visits or wearing precautions
6. Patient unsafe in mobility while in cast
7. Doppler ABI < 0.4

ข้อดีของการใช้เฝือกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน^{10,19} ผู้ป่วยยังสามารถเดินได้ในขณะที่ขยับลดแรงกดบริเวณฝ่าเท้า ปกป้องเท้าไม่ให้เกิดแผลซ้ำ ช่วยควบคุมภาวะบวมที่เท้า ส่วนข้อเสียของวิธีนี้คือ การกำจัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยทำให้การทรงตัวแย่ลง เพิ่มโอกาสในการหกล้มได้มากขึ้น ดังนั้นหลังจากใส่เฝือกแล้วอาจต้องให้เครื่องช่วยเดินเพื่อเพิ่มป้องกันการหกล้มในผู้ป่วย นอกจากนั้นถ้าใส่เฝือกนานๆ อาจทำให้ข้อเท้าติด กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ บางครั้งอาจมีกลิ่นเหม็นถ้ามีการระบายสารคัดหลั่งออกมาจากแผล และการใส่เฝือกไม่สามารถเห็นแผลของผู้ป่วยได้ว่าเป็นอย่างไรและอาจพบแผลใหม่ได้โดยผู้ป่วยไม่รู้ ซึ่งอัตราการเกิดแผลใหม่ที่มากขึ้นอาจเนื่องจากการใส่เฝือกที่ไม่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยรวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่มาติดตามผลหลังจากใส่เฝือก

■ การเตรียมเพื่อใส่ปีกกาแบบสัมพัทธ์ทุกสัดส่วน¹⁰

แผลบริเวณฝ่าเท้าจะต้องมีการประเมินก่อนจะใส่
 เนื่องจากเฉพาะความลึกของแผลซึ่งต้องประเมินทุกครั้ง หลังจากนั้นสำรวจบริเวณที่มี callus และจัดการ trim callus
 ออกมา ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า การ trim callus นี้จะช่วยลดแรงกด
 ที่บริเวณฝ่าเท้าในขณะที่เดินได้ดีมาก¹⁶ หลังจากนั้นให้ทำความสะอาดแผลซึ่งสามารถใช้แบบเปียกหรือแห้งตามลักษณะของ

แปลแต่อย่าปิดแปลให้หนาเกินไป เนื่องจากอาจเกิดแรงกดบริเวณที่เป็นแปลได้

จากนั้นจัดทำในการใส่เฝือกแบบสัมผัสทุกสัดส่วน โดยให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ งอเข่าและข้อเท้า 90 องศา และฝ่าเท้าให้ขนานกับพื้น การจัดท่านอนคว่ำนี้ดีกว่าท่านอื่นๆ เนื่องจากจะทำให้กล้ามเนื้อของผู้ป่วยหย่อนไม่ตึงอีกทั้งการจัดท่าของเท้าผู้ป่วยได้ง่ายกว่าในตอนที่เรากำลังใส่เฝือกและขณะรอให้เฝือกแห้ง สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถนอนคว่ำได้ เนื่องจากข้อสะโพกติดในท่างอหรือมีอาการปวดหลัง แนะนำให้ใช้หมอนรองใต้ท้องหรือบริเวณสะโพกขณะใส่เฝือกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้น

■ ขั้นตอนการใส่เปลือกและรูปแสดงสาริตถการใส่เปลือกแบบสัมพัทธ์ทุกสัดส่วน

1. การเตรียมอุปกรณ์ดังนี้
 - 1.1 Stockinet
 - 1.2 สำลีรองแผล
 - 1.3 ผ้าก๊อซขนาด 3 นิ้ว 4 นิ้ว และ 6 นิ้ว
อย่างละ 2 ม้วน
 - 1.4 อ่างใส่น้ำ
 - 1.5 สันยางตามขนาดเท้าของผู้ป่วย



รูปที่ 1 แสดงอุปกรณ์การใส่เปลือกแบบลัมผัสทุกสัดส่วน

2. จัดทำผู้ป่วยให้นอนคว่ำ เลือกร Stockinet ที่เหมาะสมกับเท้าและขาของผู้ป่วย และตัด Stockinet ตามความยาวโดยวัดจากบริเวณปลายนิ้วหัวถึงข้อพับเข่า จากนั้นนำมาสวมให้ผู้ป่วย โดยอย่าให้มีรอยย่น



รูปที่ 2 แสดงการจัดทำผู้ปวยก่อนการใส่เฝือกแบบสั้มผัสทุก
สัดส่วน

3. พันธุ์สำลีรองเปลือกทับบน Stockinet โดยรองบริเวณปุ่มกระดูกที่กระดูกนิ้วโป้งเท้าและบริเวณตาตุ่มให้หนาประมาณ 2 ชั้น แต่บริเวณอื่นให้ซ้อนทับประมาณครึ่งหนึ่งของความกว้างของสำลีรองเปลือก

4. จัดเตรียมเผื่อกรองด้านหลัง โดยใช้เผือกปูนขนาด 6 นิ้ว ซ้อนทับกันประมาณ 4 ชั้น โดยวัดความยาวของเผื่อกรองด้านหลัง ตั้งแต่บริเวณฝาเท้ามาถึงบริเวณที่ห่างจากข้อพับเข่า มา 1 ฝ่ามือ

5. จัดเตรียมเผื่อกรองด้านข้าง โดยใช้เผือกปูนขนาด 4 นิ้ว ช้อนทับกันประมาณ 4 ชั้น โดยวัดความยาวของเผื่อกรองด้านข้าง จากบริเวณที่ห่างจากข้อพับเข่ามา 1 ฝ่ามือไปอีกข้างหนึ่ง ในตำแหน่งเดียวกัน

6. จุ่มเฟือกทรงด้านหลังขนาด 6 นิ้ว ในอ่างน้ำและรีด
น้ำออกพร้อมทั้งรีดเฟือกให้เรียบ แล้วนำไปวางให้แนบกับเท้า
และขาผู้ป่วยตั้งแต่ฝ่าเท้าจนถึงบริเวณที่ห่างจากข้อพับเข้ามา
1 ฝ่ามือ และใช้มือลูบบนเฟือกไม่ต้องออกแรงกด



รูปที่ 3 แสดงเผื่อกรองด้านหลังขนาด 6 นิ้ว วางแนบกับเท้าและขาผู้ป่วย

7. จุ่มเฟืองกรองด้านข้างขนาด 4 นิ้ว ในอ่างน้ำและรีดน้ำออกพร้อมทั้งรีดเฟืองให้เรียบ แล้วนำไปวางให้แนบกับเท้าและขาผู้ป่วยด้านข้าง ใช้มีดลูบบนเฟืองไม่ต้องออกแรงกดเช่นเดียวกัน



รูปที่ 4 แสดงเผื่อกรองด้านข้างขนาด 4 นิ้ว วางแนบกับเท้า และขาผู้ป่วยด้านข้าง



12/16/57 BE 2:32 PM



■ วิจัยรณ

การรักษาแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถรักษาให้หายได้ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อแนะนำและมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล ในอดีตมีความเชื่อว่าแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นแผลที่รักษาไม่หาย และต้องถูกตัดขาทุกรายซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่กล้ามาตรวจรักษา เพราะกลัวถูกตัดขา แต่ทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้เร็วจะได้รับการตรวจวินิจฉัย รวมทั้งการรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้แผลหายได้เร็ว สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้เฝือกแบบสัมผัสผุสทุกสัดส่วนซึ่งเทคนิคนี้สามารถรักษาแผลในกลุ่มที่เป็นแผลเรื้อรังได้ดี เห็นผลที่รวดเร็ว ราคาถูก และนำมาใช้ในกลุ่มเท้าผู้ป่วยที่มีปัญหา Charcot deformity อีกด้วย แต่สิ่งสำคัญที่ทีมผู้ให้การรักษาดoesสร้างคือ ความเข้าใจ ความร่วมมือให้กับผู้ป่วยและญาติ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีแผลที่เท้านี้มักจะมีข้อกังวลใจ ไม่มั่นใจในการใส่เฝือก กลัวแผลติดเชื้อหรือแผลอักเสบมากขึ้นหลังจากใส่เฝือก กลัวภาพลักษณ์ที่ตนเองต้องใส่เฝือก กลัวไม่สามารถจะเดินประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ ซึ่งเหตุผลเหล่านี้พบได้เมื่อซักชวนผู้ป่วยให้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมผู้ให้การรักษาดoesให้คำแนะนำรวมถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังจากใส่เฝือก วิธีสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบกลับมาพบแพทย์กับผู้ป่วยและญาติทุกราย อีกทั้งการมาติดตามผลการรักษาหลังจากใส่เฝือกไปแล้ว อีกประเด็นที่สำคัญอาจต้องอาศัยกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้แล้วแผลหายช่วยเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้ผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีแผลลักษณะเดียวกันกล้าตัดสินใจ

ใช้วิธีนี้ในการรักษา นอกจากนั้นเทคนิคการลดแรงกดที่ฝ่าเท้า (Off-loading technique) ยังอาจใช้อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่แผ่นแบบสัมผัสทุกสัดส่วนได้ เช่น removable cast walking, half shoe, felted pads เป็นต้น ขึ้นกับศักยภาพของสถานบริการว่ามีอุปกรณ์เหล่านั้นไหม รวมถึงแพทย์และทีมสหสาขาจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

■ ឥន្ទុបណ្ណា

การรักษาแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นการรักษาที่ต้องร่วมกันระหว่างแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ ซึ่งต้องปฏิบัติตามตัวให้อุบัติตามคำแนะนำ สำหรับแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานแนะนำให้ใช้เทคนิคการลดแรงกดที่ฝ่าเท้า ซึ่งมีหลายรูปแบบของอุปกรณ์ที่จะนำมาลดแรงกดที่ฝ่าเท้าทำให้ผู้ป่วยขึ้นกับปัจจัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไป ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลรักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงผู้ป่วยและญาติจะร่วมกันตัดสินใจแนวทางในการรักษาแผลร่วมกับอุปกรณ์ลดแรงกดที่ฝ่าเท้า สำหรับการใส่เฝือกแบบสัมผัสทุกสัดส่วนเป็นวิธีที่ดีในการรักษาแผล ช่วยลดแรงกดที่ฝ่าเท้า ทำให้แผลหายได้โดยใช้เวลาไม่นาน ราคาไม่แพง อีกทั้งยังช่วยลดการเดินหรือการลงน้ำหนักบนฝ่าเท้าที่มีแผล แต่ต้องอาศัยความชำนาญในการใส่เฝือกของแพทย์ผู้ให้การรักษา การยอมรับในวิธีการรักษานี้และความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อที่บ้าน สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้แผลหายได้อย่างรวดเร็ว และลดอัตราการถูกตัดขา ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป³

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐพงศ์ โฆษิตนันทน์, พยาธิสรีรวิทยาของโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: ญัฐพงศ์ โฆษิตนันทน์. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. เชียงใหม่: ร้าน ทริค ดิจิทัล; 2556:หน้า 29.
2. กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, การดูแลโรคเท้าเบาหวานแบบสหสาขาวิชาชีพ. ใน: ญัฐพงศ์ โฆษิตนันทน์. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. เชียงใหม่: ร้าน ทริค ดิจิทัล; 2556:หน้า 49-66.
3. สยาม ทองประเสริฐ, การรักษาแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานโดยลดแรงกดที่ฝ่าเท้า. ใน: ญัฐพงศ์ โฆษิตนันทน์. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. เชียงใหม่: ร้าน ทริค ดิจิทัล; 2556:หน้า 177-82.
4. ศิริพร จันทระชัย. การดูแลเท้าเบาหวาน: การป้องกันการถูกตัดขา. Chula Med J 2005;49:173-88.
5. Van Damme H, Limet R. Amputation in diabetic patients. Clin Podiatr Med Surg 2007;24:449-55.
6. Lozano-Platonoff A, Florida Mejía-Mendoza MD, Ibáñez-Doria M, et al. The gold standard in diabetic foot treatment: total contact cast. Gac Med Mex 2014;150:58-64.
7. Armstrong DG, Nguyen HC, Lavery LA, et al. Off-loading the diabetic foot wound: a randomized clinical trial. Diabetic Care 2001;24:1019-22.
8. Ali R, Qureshi A, Yaqoob MY, et al. Total contact cast for neuropathic diabetic foot ulcers. J Coll Physicians Surg Pak 2008;18:695-8.



-